



**Aktenzeichen: Pet 2-20-15-2125-007434**

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 09.02.2023 abschließend beraten und beschlossen:

1. Die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen, soweit es um die Verbesserung der Versorgung von chronisch und multimorbiden Erkrankten geht,
2. das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.

**Begründung**

Mit der Petition wird gefordert, dass Behandlungen im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen erfolgen.

Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, die Behandlungsschritte innerhalb der Disease-Management-Programme (DMP) seien indikationsspezifisch und unabhängig voneinander aufgebaut. Da chronisch Erkrankte jedoch oftmals Begleiterkrankungen hätten, würden – durch die strukturelle Trennung bedingt – spezielle Anforderungen an die Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten nicht berücksichtigt. Komorbiditäten würden deshalb häufig nicht oder zu spät behandelt. Aus diesen Gründen seien multimorbide Patientinnen und Patienten oftmals in mehreren DMP eingeschrieben. Neben dem bürokratischen Aufwand für die Ärztinnen und Ärzte sowie die Krankenkassen, führe dies dazu, dass Betroffene oftmals nicht leitlinien- und bedarfsgerecht behandelt würden. Sie litten vielmehr unter den medizinisch unnötigen Mehrfachuntersuchungen und der unabgestimmten Medikation.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten zu dem Vorbringen wird auf die Eingabe verwiesen.

Diese wurde als öffentliche Petition auf der Internetseite des Petitionsausschusses eingestellt. Es gingen 493 Mitzeichnungen sowie acht Diskussionsbeiträge ein.



Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich unter Berücksichtigung einer zu der Petition erbetenen Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit wie folgt dar:

Zunächst führt der Petitionsausschuss aus, dass die grundlegenden Anforderungen und Inhalte der DMP in § 137f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich festgelegt sind. Nach § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten fest, für die DMP entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Bei der Auswahl der chronischen Krankheiten hat der G-BA gesetzlich vorgegebene Kriterien zu berücksichtigen, wie die Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten, Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien, den sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf, die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative der Versicherten und ein hoher finanzieller Aufwand der Behandlung (vgl. § 137f Abs. 1 SGB V). Gemäß § 137f Abs. 2 SGB V bestimmt der G-BA dabei in seinen Richtlinien die Anforderungen für die Ausgestaltung der DMP. Kernelemente der DMP sind insbesondere die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors, durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen, Voraussetzungen für die Einschreibung des oder der Versicherten in ein Programm, Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten sowie Dokumentation und Evaluation.

Die Anforderungen an die bestehenden DMP sind in der Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-A-RL) festgelegt. Die erkrankungsspezifischen Anforderungen werden in den Anlagen der DMP-A-RL festgelegt, deren aktuelle, zuletzt mit Wirkung vom 1. Oktober 2021 geänderte Fassung online im Internetangebot des G-BA unter [www.g-ba.de/richtlinien/83/](http://www.g-ba.de/richtlinien/83/) verfügbar ist. Die DMP-A-RL enthält insgesamt 22 Anlagen zu elf Erkrankungsbildern einschließlich der Vorgaben zur medizinischen Dokumentation im Rahmen der DMP. Der G-BA hat in seiner DMP-A-RL bereits Anforderungen an die DMP für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare



Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Herzinsuffizienz, chronischer Rückenschmerz, Depression, Osteoporose und rheumatoide Arthritis festgelegt.

Die jeweiligen Bestimmungen zu den einzelnen Erkrankungsbildern enthalten dabei auch insbesondere differenzierte Vorgaben zum Umgang mit Multimorbidität und Komorbidität, also dem gleichzeitigen Auftreten anderer Erkrankungen gemeinsam mit dem Erkrankungsbild, das zur Einschreibung in das jeweilige DMP geführt hat.

Nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V erfolgt dabei die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors. Entsprechend ist in der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) geregelt, dass bei der erstmaligen Erarbeitung von Richtlinien für die Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP eine Leitlinienrecherche, Leitlinienauswahl und -bewertung sowie die Extraktion der relevanten Inhalte durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erfolgen soll (vgl. 6. Kapitel § 4 Abs. 3 Satz 1 VerfO).

So definieren beispielsweise die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 1 der DMP-A-RL) allgemeine Therapieziele – wie die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder die Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Auf Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos, des Alters sowie der vorliegenden Folgeschäden bzw. Begleiterkrankungen sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen und eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen (vgl. Abschnitt 1.3.2.1 Anlage 1 DMP-A-RL). Vor dem Hintergrund der festgelegten Therapieziele orientieren sich die Therapieempfehlungen insbesondere auf die Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen. Sie beinhalten daher u.a. Vorgaben zur medikamentösen Therapie (die neben der Einstellung des Blutzuckers explizit auch die Behandlung eines erhöhten Blutdrucks, einer manifesten koronaren Herzkrankheit, peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder eines Schlaganfalls berücksichtigen) sowie Vorgaben hinsichtlich regelmäßiger Untersuchungen (wie der Nierenfunktion, der Augen und der Füße). Zudem werden



allgemeine Basismaßnahmen empfohlen wie Ernährungsberatung, Raucherberatung und körperliche Aktivitäten.

Dem Aspekt der Multimorbidität und Komorbidität wird darüber hinaus explizit Rechnung getragen – entsprechende Regelungen finden sich u.a. im Abschnitt 1.7.5 "Psychische Komorbiditäten" als auch im Abschnitt 1.7.6 "Besondere Maßnahmen bei Multimedikation". Danach ist aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren das etwaige Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z.B. Anpassungsstörungen, Angststörungen usw.) zu beachten. Dabei ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können (vgl. Abschnitt 1.7.5 Anlage 1 DMP-A-RL).

Daneben sind im Hinblick auf die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln, die aufgrund von Multimorbidität oder der Schwere der Erkrankung erforderlich ist, Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements vorzusehen. Diese umfassen neben einer strukturierten Arzneimittelerfassung auch die Prüfung, ob ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden kann. Außerdem soll ein aktueller Medikationsplan vorhanden sein, der in verständlicher Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden soll. Auch in Bezug auf die in der Petition angeführte – vorgeblich in den DMP unberücksichtigte Komorbidität einer chronischen Niereninsuffizienz – werden Vorgaben mit Blick auf eine etwaige Einschränkung der Nierenfunktion gemacht. In diesem Fall sind über die Nieren ausgeschiedene Arzneimittel in der Dosis anzupassen bzw. abzusetzen. Das Untersuchungsintervall ist außerdem gegebenenfalls entsprechend der Nierenfunktion anzupassen (vgl. Abschnitt 1.7.6 Anlage 1 DMP-A-RL).

Vergleichbare Vorgaben finden sich in den weiteren oben genannten Anlagen der DMP-A-RL zu den anderen Erkrankungen.

Eines der Kernanliegen der DMP ist zudem eine aktive Einbindung der Patientin oder des Patienten in den Behandlungsverlauf. Die Maßgabe einer patientenzentrierten Vorgehensweise, wonach Entscheidungen über die jeweiligen Behandlungsschritte im



Gespräch mit der informierten Patientin oder dem informierten Patienten erfolgen sollten, gilt für alle DMP (vgl. § 7 DMP-A-RL). Darüber hinaus stellt § 137f Abs. 2 Satz 3 SGB V klar, dass die in der DMP-A-RL getroffenen Anforderungen den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken. Der ärztliche Behandlungsauftrag kann dabei auch über die in der DMP-A-RL berührten Aspekte hinausgehen.

Insofern zielen die Vorgaben in den DMP auf eine bedarfsgerechte und leitlinienbasierte Behandlung der Betroffenen. Dem Anliegen der Petition nach indikationsübergreifender Behandlung im Rahmen von DMP wird nach Ansicht des Petitionsausschusses daher bereits Rechnung getragen. Vor dem Hintergrund der bestehenden Regelungen sieht der Ausschuss ferner keine Notwendigkeit für ein weiteres Tätigwerden im Sinne der Petition.

Der G-BA hat seine Richtlinien nach § 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen. Nach Kapitel 6 § 5 Abs. 2 Satz 1 VerfO beinhalten die Informationsgrundlagen, anhand derer ein etwaiger Aktualisierungsbedarf festgestellt wird, u.a. die Befragung der Sachverständigen, die an der Erarbeitung der jeweiligen Richtlinie beteiligt waren, Informationen des IQWiG mit Relevanz für bestehende DMP sowie auch unaufgefordert eingegangene Stellungnahmen (unaufgefordert eingegangene Informationen werden an den Unterausschuss DMP des G-BA weitergeleitet). Vor jeder Beschlussfassung erfolgt ein breites Stellungnahmeverfahren (vgl. § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V), welches u.a. auch die jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften einschließt. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen.

Die Teilnahme an einem DMP ist freiwillig und für die Versicherten kostenlos. Die oder der Versicherte kann ihre oder seine Teilnahme jederzeit widerrufen. Auch ist die Teilnahme an mehreren DMP bei Vorliegen mehrerer entsprechender Erkrankungen möglich. Die Umsetzung der DMP erfolgt vor Ort durch Vertragsschlüsse zwischen den beteiligten Leistungserbringerinnen und -erbringern und einer oder mehrerer Krankenkassen oder eines Verbandes der Krankenkassen auf der Grundlage der DMP-A-RL des G-BA.

Für weitere Informationen und medizinisch-fachliche Auskünfte wird anheimgestellt, sich entweder unmittelbar an den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss,



Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin) zu wenden oder z.B. auch an die Patientenvertretung im G-BA (Näheres siehe unter: [www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/patientenbeteiligung/](http://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/patientenbeteiligung/)). Zudem hat der G-BA in seinem Internetangebot eine Möglichkeit eingerichtet, jederzeit – auch unabhängig vom gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren – konkrete Anregungen zu den DMP mit Begründung einzureichen (Näheres unter: [www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/](http://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/)). Der Petitionsausschuss empfiehlt vor diesem Hintergrund, die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen, soweit es um die Verbesserung der Versorgung von chronisch und multimorbiden Erkrankten geht und das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.